



Carina Overbeck
zertifizierte Stillberaterin
Logopädin
Kursleiterin für Babymassagen
Atemtherapeutin

www.stillverliebt-stillberatung.de

Kontakt:

0151 - 40 33 96 09
info@stillverliebt-stillberatung.de

STILLANAMNESEBOGEN

ANGABEN ZUR MUTTER

.....
Nachname

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Anschrift

.....
Telefonnummer

.....
EMail

.....
Hebamme

.....
Gynäkologe / Gynäkologin

.....
Entbindungsort

Spontangeburt

Kaiserschnitt

Einleitung o.a. Interventionen

Saugglocke o.ä.

ANGABEN ZUM KIND

weiblich männlich

.....
Nachname

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
SSW

.....
Größe bei Geburt

.....
Gewicht bei Geburt

.....
Gewicht bei Entlassung

.....
Aktuelles Gewicht

APGAR Score

Neugeborenen Ikterus

Medikation nach Geburt

.....

.....

ALLERGIEN, UNVERTRÄGLICHKEITEN UND VORERKRANKUNGEN BEI DEN ELTERN

SCHWANGERSCHAFTS- UND GEBURTSVERLAUF
EVENTUELLE KOMPLIKATIONEN / BESONDERHEITEN

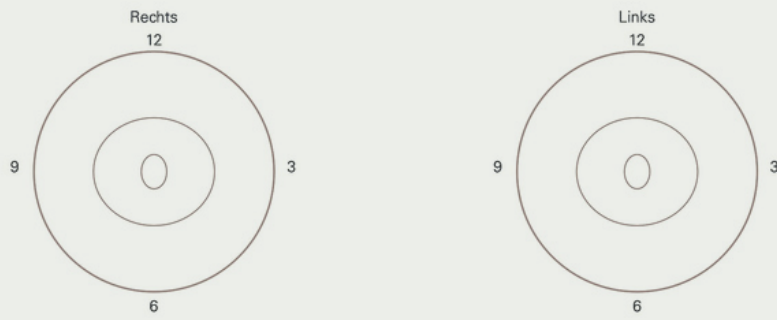
BISHERIGE STILLERFAHRUNGEN UND AKTUELLER STAND
WELCHE SCHWIERIGKEITEN BESTEHEN ?

WIRD ZUGEFÜTTERT? WENN JA, WIE OFT UND WELCHE MENGEN?
WELCHE METHODE DES ZUFÜTTERNS?

NASSE WINDELN INNERHALB VON 24H + / -

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Anlegen / Ansaugen | <input type="checkbox"/> Milchstau |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen während des Stillens | <input type="checkbox"/> Brustentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Brustwarzen nach d. Stillen verformt | <input type="checkbox"/> übermäßige Milchproduktion |
| <input type="checkbox"/> wunde / schmerzende Brustwarzen | <input type="checkbox"/> eingeschränkte Milchproduktion |
| <input type="checkbox"/> Stillen mit Stillhütchen | <input type="checkbox"/> eingeschränkte Gewichtszunahme |
| <input type="checkbox"/> sonstige Fremdsauger / Schnuller | |



wird von der Stillberaterin ausgefüllt

ZIELE UND WÜNSCHE DER KLIENTIN

Empty rounded rectangular box for client goals and wishes.

- Ich verstehe, dass die Konsultation einer Still- und Laktationsberaterin einem Arztbesuch nicht gleichkommt, oder diesen ersetzt.
- Mir ist bekannt, dass diese Beratung kostenpflichtig ist und nur in seltenen Fällen von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden kann.

Sofern ich dies ausdrücklich wünsche, können die Informationen aus dieser Konsultation zur Verständigung mit den angegebenen Ärzten sowie mit meiner Hebamme besprochen werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift der Klientin